

# 牙醫門診總額研商議事會議 108 年第 4 次會議紀錄

時間：108 年 11 月 26 日 14 時整

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：張毓芬

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
干代表文男	干文男	許代表世明	許世明
王代表棟源	王棟源	連代表新傑	連新傑
石代表家璧	石家璧	陳代表少卿	陳少卿
朱代表日僑	朱日僑	陳代表雅光	陳雅光
吳代表明彥	(請假)	溫代表斯勇	溫斯勇
李代表純馥	李純馥	黃代表純德	(請假)
沈代表茂棻	沈茂棻	黃代表福傳	黃福傳
季代表麟揚	季麟揚	鄒代表繼群	鄒繼群
林代表敏華	林敏華	劉代表經文	劉經文
林代表順華	林順華	鄭代表信忠	鄭信忠
林代表靜梅	林靜梅	黎代表達明	黎達明
林代表鎰麟	林鎰麟	謝代表義興	(請假)
邱代表建強	邱建強	簡代表志成	簡志成
邱代表昶達	邱昶達	藍代表鴻文	藍鴻文
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	蘇代表主榮	(請假)

列席單位及人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、陳思琪

衛生福利部醫事司

劉玉菁、黃敏玲

衛生福利部疾病管制署

徐士敏

衛生福利部護理健康照護司

(請假)

中華民國牙醫師公會全聯會

黃立賢、吳迪、柯懿娟、  
施弈含、邵格蘊、潘佩筠  
(請假)

中華民國藥師公會全聯會

台灣醫院協會

中華民國醫院牙科協會

本署臺北業務組

顏正婷、吳亞筑、曹祐豪  
(請假)

林照姬、楊淑娟、王文君、  
蔡雅安、黃昭瑤

本署北區業務組

林巽音

本署中區業務組

林淑惠

本署南區業務組

郭碧雲

本署高屏業務組

施怡如

本署東區業務組

劉翠麗

本署醫審及藥材組

高幸蓓、張如薰、賴淑華、  
高浩軒

本署違規查處室

(請假)

本署資訊組

李冠毅

本署企劃組

陳泰諭

本署醫務管理組

吳科屏、蔡翠珍、洪于淇、  
王玲玲、宋兆喻

## 壹、主席致詞(略)

## 貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

## 參、報告事項

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：除序號 3(請牙全會就 108 年度 180 天內重複執行全口牙結石(跨院案件)進行分析)、序號 4(請牙全會就重複申報牙體復形案件之後一位執行院所(醫師)進行分析)繼續列管，餘解除列管。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：牙醫門診總額執行概況報告

決定：

- 一、牙周病統合治療方案執行率偏低，截至 108 年 9 月僅 50.9%，請牙全會積極輔導所屬會員參與。
- 二、全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案截至 108 年 10 月底，牙醫診所參與率 84%，請牙全會協助轉知、鼓勵會員參與本方案，提升網路頻寬。

## 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年第 2 季點值結算結果報告

決定：

- 一、依全民健康保險法第 62 條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q2	浮動點值	0.8984	0.9776	0.9878	0.9848	0.9959	1.1433	0.9553
	平均點值	0.9005	0.9784	0.9865	0.9863	0.9967	1.1430	0.9557

- 二、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

## 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年臺北區牙醫品質保證保留款核發情形分析

決定：洽悉。

## 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案

決定：

一、109 年各季預算占率以 105-107 年各季核定點數計算如下：  
第 1 季 23.763455%、第 2 季 24.738746%、第 3 季  
25.678004%、第 4 季 25.819795%。

二、109 年牙醫門診一般服務之點值保障項目比照 108 年保障項目，即除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，其他不保障。

### 第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程案

決定：會議時程如下，請代表預留。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	2/25 星期二 (下午)	5/26 星期二 (下午)	08/25 星期二 (下午)	11/24 星期二 (下午)	12/8 星期二 (下午)
會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會

### 第七案

報告單位：衛生福利部醫事司(以下簡稱醫事司)

案由：診所無障礙就醫環境合格標準報告案

決定：

一、洽悉。

- 二、與會代表就診所無障礙就醫環境執行方式之相關意見，請醫事司參處。
- 三、為利牙全會對會員宣導及預作準備，請醫事司將上傳檢核表之時間延長至109年1月底前。
- 四、為利108年品質保證保留款核發作業，請醫事司於109年3月31日前提供合格診所名單給本署。

## 第八案

報告單位：中央健康保險署

案由：108年第3季全民健康保險爭議審議案件牙醫總額爭審撤銷率達24%，請貴會查明原因並研擬解決策略。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、請牙全會依108年勞務委託契約規定，查明爭審高撤銷率原因並研擬解決方案，並對具爭議性案例建立案例研討機制。

## 肆、討論事項

### 第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：109年度牙醫門診總額地區分配預算

決議：同意牙全會撤銷所提109年度牙醫門診總額地區分配預算案，並請於下次臨時會議提案討論。

### 第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」

決議：本次會議修訂重點如下：

一、不同意牙全會所提修訂支付標準第三部第五章牙周病治療方案文字內容，包括：第三部第五章通則之規範刪除、移列至診療項目備註、部分通則文字移至審查注意事項。

二、增修第三部牙醫支付標準：

(一) 支付標準第三部牙醫通則增列「牙醫離島假日開診之獎勵措施」規範，及醫學中心、區域醫院、地區醫院申報夜間牙醫急診加成規範。

(二) 診所設立無障礙設施之獎勵措施：考量 109 年西醫基層、牙醫及中醫總額皆編列此預算，支付標準應採一致之調整方案，爰以第一階段診察費每件增加 5 點先行匡列非協商因素「醫療服務成本指數改變率」項下 144 百萬元預算，俟各總額調整方案定案後，支應調整無障礙設施支付標準。

(三) 牙醫藥事服務費：同意保留一定預算，另有關調升點數，後續提報「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議後確認。

三、同意修正診療項目規定共 10 項：

(一) 同意修訂恆牙根管治療（三根）(90003C)、牙結石清除-局部(91003C)、牙結石清除-全口(91004C)、單純齒切除術(92015C)、複雜齒切除術(92016C)、手術拔除深部阻生齒(92063C)、特定局部治療(92066C)等 7 項診療項目支付規範文字。

(二) 特殊狀況牙結石清除-局部(91103C)、特殊狀況牙結石清除-全口(91104C)：新增申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報 91003C~ 91004C。

(三) 口乾症牙結石清除-全口(91005C)，新增申報本項後九十天內不得再申報 91003C~ 91004C。

四、同意新增診療項目共 2 項：預算來源為顎顏面外傷術後整合照護 14 百萬元。

顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費(支付點數 2,500)及顎顏面外傷術後照護費(支付點數 1,000 點)項目名稱及相關支付規範，請牙全會會後與本署確認。

五、有關調整感染管制診察費費用：

- (一) 請牙全會依 109 年總額協定事項，提出如何達成全部牙醫院所 100%執行感染管制之方法。
- (二) 依總額協定事項「所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準」，請牙全會全面考量現行門診診察費(牙科門診診察費(00121C~00126C)、感染管制診察費(00129C、00130C、00133C、00134C)、特定身心障礙者診察費(00128C、00301C~00303C)、初診 X 光診察費(01271C~01273C)調整。
- (三) 部分未完成項目將於臨時會議繼續討論。

伍、散會：下午 5 時 30 分。

陸、與會人員發言摘要詳附件。

# 全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議

## 108 年第 4 次會議與會人員發言摘要

### 本會上次會議紀錄確認

#### 主席

各位委員、各位代表、醫管組的同仁、分區業務組的同仁，部裡列席單位的代表，大家午安，今天要開的是牙醫總額的今年研商第 4 次會議，今天報告事項有 8 項，討論事項有 8 項，首先介紹新代表，藥師公會的邱建強代表，邱代表是台中市藥師公會的理事長，醫院協會地區醫院的鄒繼群代表，鄒院長是永和耕莘醫院的院長，謝謝這 2 位新任的代表。請大家看上次的會議紀錄，第 4 頁到第 9 頁的部分，請問各位代表對上次的會議紀錄有沒有問題？如果沒有我們進到報告事項第一案。

### 報告事項第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

#### 主席

第 3、4 項是下次會議要報告，另外一個是第 2 項今天的報告事項第五案，其他的就解除列管，大家有沒有意見？好，沒有，我們就通過了，接下來報告事項第二案。

### 報告事項第二案：牙醫門診總額執行概況報告案

#### 主席

執行概況報告大家有沒有意見？還是要提醒第 19 張、第 20 張投影片，有關牙周病統合照護治療方案的執行情形，特別是第 20 張投影片，前 3 季的執行率只有 50%，所以這是個問題，那如果執行率真的不好，可能明年總額會有扣款的問題，這部分再提醒理事長這邊，不過第 3 季已經是正成長，第 1 季、第 2 季負成長，所以平均下來還是負成長 3.8%，這部分就提醒大家，大家有沒有意見？好，如果沒有，我們就進行第三案。

### 報告事項第三案：108 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案

#### 主席

今年的第 2 季點值結算，大家有沒有意見？好，沒有的話我們就下一案。

### 報告事項第四案：107 年臺北區牙醫品質保證保留款核發情形分析

#### 主席

這個事情溫理事長有沒有要補充？

#### 溫斯勇代表

謝謝主席，我們業務組的同仁幫忙報告，大家已經有看到在 107 年的時候希望提升感染管制院所申報率的時候，在 108 年都一直有在做輔導，真正有未申請參加感染管控方案只有 23 家，這代表是說我們就只有 23 家是被告知以後還不參加的，其他都願意參加，然後在這裡也非常感謝主席提醒這件事情，

在 9 月份的一次有關感染管制的一些講習說明會的課程裡面，剛好還真的遇到可能我們應該說聲抱歉的，有些院所以為寫了單子就好，沒有去點選電腦申報，後來在要開的課裡面請北昕跟梵谷，到底應該怎麼點？老實講我不知道北昕怎麼點？因為我是用梵谷，這不算置入性行銷，反正就是不知道怎麼點？當場問我的時候我也不知道，除非他用梵谷，所以我們後來回到公會的時候之後宣導的理念，不是申請而已，還要教他們怎樣去申報，大家看一下資料也是健保署提供的，看上一個投影片第 15 頁執行的部分，大家可以看到台北區的一般案件的簡表，成長率負 37.8%，這代表的是只要有申報感染管制的時候就不可能是簡表，簡表一定是沒有參加的，簡表大幅在縮減表示真的逐漸增加申報，這個部分現在看到這樣還沒達到我們的目標，那我們會繼續努力，相信離百分之百的目標真的不遠了，我想接下來還有強度更高的一些輔導措施，希望大家拭目以待，謝謝。

**主席**

謝謝溫理事長，理事長這邊還有沒有要補充的？

**王棟源代表**

就像在健保會答應健保委員一樣要百分之百實施，一直在努力之中。

**主席**

謝謝溫理事長，還有台北業務組淑娟視察的報告，不過這個報告僅止於 107 年跟 108 年的對照，108 年都還不是 109 年的感控方案，109 年又一個全新的，所以現在的成效在講 108 年輔導 107 年不合格的院所用 108 年的標準去輔導，那現在未來的挑戰是 109 年，還是謝謝理事長，至少你也去找到一個關鍵的問題，跟系統也有關係，還有醫師的意願，那就麻煩 109 年可以做的更好不要再被點名，台北業務組不符合感控的比例將近四分之一，這有點難看，而且台北區還是首善，診所數兩仟七佰多家是最多的地方。好，其他大家還有沒有意見？好，如果沒有我們就進到下一個報告案。

#### **報告事項第五案：109 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案**

**主席**

這個是比照辦理程序上再跟大家做確認，有沒有問題？如果沒有問題就下一案。

#### **報告事項第六案：109 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程案**

**主席**

共有 5 次會議的預計時間，都是禮拜二下午，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，接下來第七案。

#### **報告事項第七案：診所無障礙就醫環境合格標準報告案**

**主席**

不曉得各位代表們有沒有看過這一份的無障礙環境？劉醫師你要不要補充？

你代表全聯會去參加，你全部都 OK 嗎？

### 劉經文代表

這個部分是針對 108 年的品保款，也是要考慮到其他總額，當然牙醫師可能會比較少，所以提供一些原來親善就醫環境，用那樣的一個概念，把他融合起來，當然這裡要求的是比較簡要，原則上我們認為在原來已經推動的親善就醫環境跟大都數可以達成。

### 主席

以現在這個標準，你們估計大概是牙醫診所大概有幾成會合格？8 成嗎？你有估計嗎？

### 劉經文代表

因為裡面有牽涉到一些硬體，對原來有作特殊需求的比較有把握。

### 主席

所以大概有多少比例會通過？是新設的院所比較容易通過。

### 劉經文代表

新設除非按照這標準去設定，其實是各個總額都有問題。

### 簡志成代表

現在比較卡的是診所對外有樓梯，因為有高低，這個東西要蓋個坡道，像我的診所出來一個階，旁邊騎樓一個階，社區騎樓不下來這邊不能上去，但是幾公分就超過這個範圍，就那個斜角，因為斜角算坡度的，目前如果訂在獎勵方案比較爭議不大，因為做不到就沒辦法，比較擔心是 109 年直接劃在費用裡面的話，這個部分就會比較尷尬一點。

### 主席

109 年，我們 109 年再說。

### 簡志成代表

這個部分 108 年既然部裡通過，我們對這個標準沒有太大的意見，符合的就盡量去申請，不符合的就沒有這筆費用，只是提建議申請表用線上繳交，是不是可以開放紙本郵寄，我必須講連 SOP 都有人忘記要點，現在只規定只能線上繳交，不能說城鄉差距，有些地方不習慣這種方式，還是習慣每個月申報一起寄出來的情況，是有開放這樣的方式，完全只有線上繳交。

### 醫事司 劉玉菁專門委員

如果是在執行方式上面，本來設計是有紙本的檢核表，也會設計 google 表單，他有一些關鍵的項目，比方說門寬他可能要先線上填，如果沒有達標，等於資訊可以篩掉一部分，才不會之後因為行政審核太久影響撥款，所以這個部分設計的精神在這裡，如果真的申請診所有困難或有障礙的話，我們有輔導團，必要的時候方式上我們可以調整，用紙本來提出申請就好。

### 主席

簡醫師的意見就麻煩玉菁專委這邊能夠聽的到，然後給他們方便，至少是一個送出來的管道，還談不到內容，看起來劉醫師、簡醫師還有羅界山醫師你們都有看過這個標準，顯然不是那麼容易，因為他要完全通通合格才叫無障礙，就是只有 2 個選項，1 個是全有，1 個是全無，所以對於我們今年的品質保證保留款當然衝擊很大，反正有就有，沒有就沒有。

但是重點還不是品質保證保留款，重點是資訊一旦最後 FINAL 之後，我們通過的很少，對身障團體來講會感覺合格的人很少，上傳到健保快易通 APP，大家查還是沒有符合入口及通道的無障礙診所，就是部裡主張第一批無障礙標準，很可能政策上被挑戰的蠻多，所以這部分玉菁專委這邊有沒有什麼想法？

### **劉經文代表**

因為原則上我那天的發言有特別強調一件事情，不可以當作被阻撓或被歧視，所以這個會有一個問題，就是這些人是做得好，我們要謝謝他、要誇獎他，結果可能會對整個團體倒過來可能 90%甚至 95%沒做到，當然不是只有我們總額，就我當天的會議聽起來其他總額也有這樣疑慮。

### **主席**

所以這個才是醫事司這邊要考量，請玉菁專委。

### **醫事司 劉玉菁專門委員**

身心障礙者對於友善就醫環境之訴求，除無障礙通路外，尚有無障礙廁所、無障礙溝通/設施設備/網頁等項目，現行營建署對於建築物無障礙規範內容更為繁瑣，本案合格標準業考量國內診所現況與身障者需求而制定，首要希望能滿足身障者「進得去」診所的訴求，另針對診所現況也有替代方案可以選擇。

### **主席**

是否有其他意見，因為今年品保款就會用到，請玉菁專委要立即調查，也希望收回來的資料都有回應，我們品質保證保留款如果是沒有回應就無法得知是否合格。請醫事司做完全瞭解，以免發生因為不瞭解而沒有回復這件事情，比較麻煩的是不合格的比例高或很高，代表身障人士不容易進去診所，更不用說在裡面能不能活動或使用廁所，如果就像劉醫師講說牙醫還稍微好一點，其他總額如果更嚴重比例低，這件事情就不是很好。

### **醫事司 劉玉菁專門委員**

呼應劉經文代表意見，未申請本項品保款之診所不代表不合格。

### **主席**

所以要注意那些不回應的院所。

### **醫事司 劉玉菁專門委員**

本案相關獎勵內容與訊息，未來除請各縣市衛生局協助週知外，尚仰賴各與會代表與各公會協助鼓勵會員踴躍參與。若填報遇有疑義時，可使用本案諮詢專線。

**主席**

全聯會理事長跟各縣市理事長也要幫忙傳達給會員，務必去填不管是網路還是書面，才可以類似做普查，依這樣標準有多少比例符合。對醫事司未來繼續做下去比較有幫忙。

**王棟源代表**

12月9日真的還不及，現在發文也來不及，可以延緩一下嗎？

**醫事司 劉玉菁專門委員**

擬參照中醫門診總額108年第4次研商議事會議決議，配合醫界與健保署作業時間，本案收件至109年1月31日止。

**王棟源代表**

1月底比較ok。

**簡志成代表**

宣導方式可以建議一下，以往我們在重大事件宣導，是由各分區或是總局到各分會講座會演講。

**主席**

請衛生局到各公會說明。

**簡志成代表**

因為有些實際的操作醫生，例如說：我要做，可是要怎麼改？要有人跟他解說怎麼改。

**主席**

所以整個行政系統是醫事司跟衛生局。

**簡志成代表**

對！那邊可不可以仿造我們之前在宣導的情況，每個地方都會有至少有人說明，而且要能夠解答說如何申請、開放身障的資格當場填，當場收件，不然有些叫他們回去寫，有些人忘了寄、有些人忘了傳，不知道醫事司可以這樣做。

**醫事司 劉玉菁專門委員**

謝謝代表們的建議，屆時請協助提供各縣市窗口名單，以利進行後續作業。

**王棟源代表**

所有地方公會從今年12月到明年4月底前都有會員大會，請長官行文給各縣市衛生局，請他們在會員大會派員說明。這樣可以詢問、雙方執行上會比較好，我們在明年4月底以前就會把會員大會辦完。

**主席**

1月底以前要辦完。

**簡志成代表**

盡量啦！因為到1月底開不完22次。

**主席**

衛生局是同步 22 個縣市同步講，不是一個一個輪流。

**簡志成代表**

我們盡量。

**主席**

你們的場域能不能有多一點會員在場的時候，去宣導效益比較高。

**醫事司 劉玉菁專門委員**

會考量運用多元方式進行宣導，若會員填報遇有疑義時，可使用本案諮詢專線。

**主席**

還有意見嗎？請劉代表。

**劉經文代表**

108 年本來就有跟 109 年新設立或是想要改變的，這兩個可能要分開。

**主席**

108 年是現在的標準，109 年的標準醫事司也還沒出來。

**劉經文代表**

截止日 12 月 31 日，1 月底會不會有問題。

**主席**

還好啦！這只是一個標準，12 月底沒通過，1 月底要通過也很難。

**簡志成代表**

是有寄表單就算通過，還是要被檢查過，我寄表單給醫事司都勾符合就算合格，還是說醫事司要現場看過才算，因為其他指標都有數據可以算。

**主席**

有關認證的採書面還是實地審查問題，醫事司要確定，然後給我們合格診所名單。

**醫事司 劉玉菁專門委員**

本案運用線上填報系統同步進行初審作業，診所除勾選外，部分項目須填寫實際值以利系統判斷是否符合規定。另本部需就填報資料辦理行政審查作業，最終將合格名單提供予健保署，並請其更新快易通 APP 資料。後續將邀請基層代表與會討論事後抽查原則。

**簡志成代表**

現在比較疑惑的部分，108 年品保款核付資料要等醫事司看過才算。

**主席**

所以最晚一定要 1 月底填給他們，醫事司也需要作業時間，我們 3 月結算。所以 3 月底前給我們合格診所名單還來得及結算，但名單的確認要由醫事司

跟衛生局完成抽查或是先給名單，都有風險，因為一但上了健保快易通 APP，身障人士看到官方有註明有無障礙環境，結果一去不合格，這樣問題很大。至少也要有幾家是真的合格，不要到時候家數少，然後進去又不合格。

### 簡志成代表

另外情況，申請跟實際訪查不一樣，會怎麼樣?還是只是不予核發品保款。

### 醫事司 劉玉菁專門委員

本案本司分工內容為制定標準，至於品保款核發後，發現不合格，就看健保署如何處理。備註第 4 點，我們本來版本沒有這項。

### 主席

這個是你們原始的版本，我們當初看到也認為醫事司不應該引用健保法規，這樣寫嚇到大家。

### 醫事司 劉玉菁專門委員

有關檢核表所列備註 4 非本部正式提供健保署之內容，疑為誤植，建請刪除。

### 主席

這樣看起來茲事體大，最後不知道有多少家合格。請大家還是踴躍填報。

### 羅界山代表

對身障團體我們非常重視，但是對建築物本身結構有時無法改變，我們可以用其他替代方式使用，像我們去買爬梯機讓身障人士使用，但沒有包含在這裡。

### 主席

因為標準是醫事司訂的，專委是否要回應?

### 王棟源代表

我最近蓋新診所，滕西華委員與他的協會有來看，後來門差 1 公分，四個門都打掉花了 80 幾萬。

### 簡志成代表

我們擔心的是，就算想做，如果要動到建築物那屋主會同意嗎? 騎樓可以動嗎?我要動的話，社區管委會就會出來。有些不可控制會擔心執行率低。

### 羅界山代表

有些房子雖然是我們自己的，但為了符合無障礙就醫環境進行變更，可能會違反相關建築法規，因建築物還有建管處在管理，我們並不是不想改，但也要考量其他相關建築法規，可能無法更動。

### 主席

還有其他意見嗎?沒有的話，相關各位代表意見請醫事司納入參考，既然部裡決定用這標準當成 108 年無障礙標準，我們就尊重，請大家去宣導，謝謝。下一案。

**報告事項第八案：108 年第 3 季全民健康保險爭議審議案件牙醫總額爭審撤銷**

**率達 24%，請貴會查明原因並研擬解決策略。**

### **林順華代表**

我們的資料跟署提供的不一致，06C 大概只撤銷 3 件，有可能是爭議審議委員會出來，他詢問北區，北區分不出來那些是爭審組的案件那些是爭審會的案件，基本上來講，爭審組長給我們的資料 92013C、92016C 大概 6-9 件，所以這個要回去把資料找出來，看實際上案件有多少，請主委再請示一下。

### **許世明代表**

目前全聯會本身有資料是屬於爭審組初核的時候在用，我們定期會針對初核的結果討論，但是爭審會的核定結果是直接給分區業務組，所以全聯會這邊看不到資料。建議分會在分區業務組針對爭審會最後核定的結果做一個溝通，全聯這邊才可以做進一步討論。

### **林鎰麟代表**

全聯會給的資料在撤銷案件 8 件、駁回 9 件，我們有去跟東區業務組瞭解這 17 件的內容，8 件裡面撤銷率定義的問題，撤銷件數包含撤銷、撤銷另核、部分撤銷、部撤另核，他重新核定項目太多了，我們去瞭解 17 件，8 件當中完全撤銷的只有 2 件，在我們審查醫師認為有問題只有 2 件，其他都是另核，另核的意思是，醫生申報 92063C 深部的拔牙，價錢非常高，審查醫師把他刪了，但到了爭審醫師建議改核 92016C，所以是另支的概念，完全沒有說全部撤銷，光看數字很可怕，可是看內容的話，審查醫師其實站著住腳。有些部分包含影像，審查醫師在初審跟申復都沒有看到 X 光，可是爭審卻給他過，因為他刪的原因就是沒有 X 光。另外有 CT 跟 MRI 都是有爭議，我剛才問過那些都是必要要附的，但是審查醫師都沒有看到，原因是一個真的沒有，另一個是審查醫師點了沒有看到。我覺得這個定義過於籠統，主委也說如果分區業務組給我們分會資料的話，有助於事情的釐清。

### **醫審及藥材組 張如薰科長**

案件數跟手上資料對不出來，可能是因為大家是以費用年月角度去看，因為爭審會是用核定時間概念計算，資料上會有落差。另外撤銷率的算法，4 個總額部門都是一樣的算法，剛才提到說不是完全撤銷也列計，沒有錯，我們也希望全聯會幫忙，不論是部分撤銷或撤銷另核，接下來的程序還要回到署裡面，做核定的程序，希望減少這種案件，審查醫師和爭審會醫師看法不同，若能逐步達成共識的話，就可以減少此類案件。第三點資料的部分，我們會跟分區業務組討論如何提供給各分會參考。

### **主席**

表 1-1 同樣的定義，各總額撤銷率還是牙醫總額最高，雖然件數只有 207 件，但駁回件數有 158 件，但是其他總額也都一樣，還是希望依照跟據全聯會的合約，專審有勞務委託，契約的部分確實撤銷率高要提出原因，還有解決方案。如果資訊分享的話，請分區協助回饋資料給各分會，查明後檢討並提出解決方案，不管是審查共識還是會員溝通，都有精進的空間，都應該要檢討，

這個案子那你們知道有這件事，依照合約還是要進行。理事長這樣可以嗎？可以，沒有建議就下一案。

### **討論事項第一案：109 年度牙醫門診總額地區分配預算**

#### **中華民國牙醫師公會全聯會 中區黃立賢執行長**

有關於說明 2 第 4 點牙周統合治療方案的分配方式，我們在全聯會有關分配方式有說明過，但我們不同意這個 5 年計畫，因為不管是中區審查控管上限或是六區預算分配，我們都是共識決，從來沒有主席裁示或是投票做成結論，六區預算也是採 R 值分配回歸一般預算，中區主張回歸一般預算而不是執行率，大家可以看到第 4 點 19.656 億，這 20 億用執行率做分配，我們中區就反對，但是反對無效，這很奇怪，共識決反對無效那怎麼辦？我就建議提到研商會議請主席裁示，健保署要給中區一個申訴管道吧！我們覺得這對我們中區的醫師權益有損，請主席裁示。

#### **主席**

提案單位是全聯會，你們中區有意見，請問主委或理事長的意見。

#### **許世明代表**

向各位代表說明，當初在納入一般預算的前一年，各分區執行率是有差異，這也代表某種程度的醫療需求，當初在設定 5 年預算分配方式納入執行率，第 1 有考量各分區差異，第 2 納入執行率是希望各分區有更多的動力去推動牙周病治療方案，當初有 5 年的預算分配方式，最後納入逐年檢討。至於內部會議討論未達共識部分，我們回去檢討，再加強溝通與協調。

#### **王棟源代表**

主席不好意思，這是我們總額委員會內部的事情，請主委回去加強與各分區的溝通，形成共識後再來這討論。

#### **主席**

我唸幾個數字，請大家記一下，依照 R 值，臺北區是 0.36、北區是 0.15、中區是 0.18、南區是 0.13、高屏是 0.14、東區是 0.02；照全聯會提出的執行率，臺北區是 0.35、北區是 0.15、中區是 0.17、南區是 0.12、高屏是 0.17、東區是 0.02；我們來評估北區、東區沒差，中區、南區差 0.01，請看資料報 3-21 及報 3-22，照全聯會這次提報，有影響的是臺北、中區與南區各少 0.01，高屏多 0.03 是得利的，所以高屏業務組執行牙周病治療方案比其他業務組要努力些，所以分配的錢也比較多。照許主委的看法是需求比較多。但有可能不是需求多，而是其他分區沒做，需求未滿足。

#### **陳雅光代表**

高屏區第 1 次發言，我們為何是 0.17，還有兩個數據，拜託主席以後斟酌一下。現在以 R 值區分，其實還有其他辦法調控。高屏的 R 值越來越低，因投保單位越來越少。我有統計資料 100 年調整後的絕對金額約 350 億，到 107 年約 400 億，這樣調整是 14 點多%，但在 100 年到 107 年的絕對數字是台北

區 18 多%與北區 20 多%，從台中以南到花東，花東只成長 3 點多%，50 億的過程，它們只分到一點點，因它們 R 值很小。所以錢要跟戶籍人口數要做校正？還是這個因素是絕對如他的。高屏 55%與中區 53%的就醫率是高的，這代表戶籍人口數與投保人口數約有 2%差距，大家談 R 值，臺北占 36%，人口占率是 32%，4%其實是很大的落差，當時健保會為了方便計算，採用投保人口數計算，所以高屏有些像台塑、中油等大公司總部設立在臺北，戶籍人口數都在高雄，他們的就醫率相對在臺北也多。

另外統計跨區人口數的比率，就是不在高屏投保但在高屏看病，這種比率越來越高，例如高屏 100 年在 9%，107 年是 10 點多。政府單位是比較可以用投保人口數計算，實際上戶籍人口數與投保人口數確實有差距，季老師當是也有計畫，希望提出 2 億元做校正因素，若是以表決權，高屏拼不過臺北，拿不出這麼多錢做校正。高屏的點值控管還不錯，點值高的像點值低的要錢，這有些不好意思。但以公平正義的原則，不能將點值與戶籍人口數、投保人口數做掛勾，以上建議。

### 石家璧代表

說實在的，我們不是很樂意拿到檯面上討論，因為這是全聯會自己的事情，中區長期以來的意見都沒被聽見，實在是沒辦法才請主席裁決，中區已經討論許久，實在找不出方法，所以才提出請大家公評。如果裁決是這樣，那就認了。

### 季麟揚代表

3、4 年前還是會員時，試著做出一個方案，原則是「錢要跟著人走」，但是人要如何計算？以戶籍人口計算或投保地點計算或是其他的方法計算都不是很理想，都有它的問題。後來使用某一年的戶口普查資料，那年是比較準，知道人在那裡。以申報看感冒及洗牙來計算是那個地區的人，這兩件事情是人會在自己生活周遭附近做的事，似乎與當年戶口普查的資料比較接近。這是某一年的狀況。之後看全聯會以那種條件當參考。以上說明。

### 許世明代表

事實上在座大家都很清楚，具體的分配不在研商議事會議裡，主要在健保會及全聯會內部。內部的部分要回去深切檢討與加強。當要從某分區切出預算到另一分區，切出預算的分區一定會反對，很難拿捏共識。

為了預算分配，成立預算分配小組，從去年開會到今年都沒共識，所以把內部應該處理的問題麻煩大家，影響大家開會的時間，在這覺得抱歉。如果主席可以給個好的意見，讓事情可以圓滿結束，我們非常感謝。

### 主席

牙周病統合照護計畫還在專款時，確實沒有要照各區分配，因為大家努力就多做，大家也做了好幾年，理論上對牙周病的需求大家是一致的，最後還是會回到 R 值的分配。

現在執行數的分配其實已接近 R 值，差距已經很小。今天討論的關鍵是它已

經回到一般總額，不是專款，所以理論上用一般總額的分配方式處理，不應回到執行數。執行數是過去鼓勵努力的人先來拿，這是在專款的階段。現在是拿到一般總額的分配方式，若以執行數，相對是不合理。

若回到各區以 R 值去做分配，我覺得合理。因大家的需求都很接近，將來的執行數就有相對要求，不能說錢到但牙周病照護的執行率卻是欠佳，這就違反百分之百按人分配的原則，大家需求都一樣，預算跟著人走。

今天討論這議題，撇開過去專款的作法，現在已經非常接近 R 值比例，差距很小，今天是要回到一般總額分配，我認為應該用原來總額的分配方式，不應創造另外的議題用執行數分配。差距 0.01 沒多少，接下來要監控各區對於牙周病統合治療方案的執行情況，這樣才公平合理，長期才能納入正軌。現在牙統 3 季的執行率才 5 成，可見大家還要再多努力執行，不然就是這項預算太多，這只有兩種可能。已經有預算，但執行率不高，是需求少或是大家不去做？或是當時為了爭取預算高估數字，當錢回到總額，結果需求沒那麼多。現在 3 季的牙統執行率才 5 成，如果這確實已經是最大極限，就是預算給太多，我們要收回。

今天是講 109 年一般服務地區預算分配，我建議理事長是否帶回再討論，既然是一般總額預算分配，我認為應該用原來一般總額預算的分配方式會比較合理。理事長您的看法。

**王棟源代表**

我們帶回去，請主委加強與各分區的溝通。

**主席**

本案就緩議，沒有通過。中區的意見請帶回全聯會再次溝通，下次再提出。

**沈茂荼代表**

如果還是維持。

**主席**

我的建議就是應該回到 R 值的分配，請理事長納入參考。本案討論到這裡。接下來下一案。

**沈茂荼代表**

要變更議程第 7 案。

**主席**

沈代表提出程序變更案，我徵詢大家意見，是否同意變更？第 7 案移到第 2 案，其他依序順延。請問可以嗎？

**許世明代表**

主席，今天有 2 個案子有急迫性。

**主席**

都很急迫，感控也很急迫。

**許世明代表**

看今天的情況，開臨時會的機會很大。建議第7案暫不討論，還是從前面往下進行。

**主席**

沈代表建議第7案提前，主委認為照原來順序。

**許世明代表**

我擔心有些部分需經共擬會議討論，時程趕不上，明年公告的時間會延後，第7案應該不影響。

**主席**

第7案需要經共擬會議？

**許世明代表**

應該不需要，我們還是可以討論第7案是否要變更，但不建議讓第7案影響正常時程。

**主席**

剛才沈醫師想要變更程序，主委擔心有些要提共擬會議，其他代表的意見。是否變更或按程序走。

**石家璧代表**

這個案子影響偏遠地區鄉鎮，這個案子一提出，16個公會理事都有反映，這個案子還是要先提，個人建議。

**主席**

有2位代表希望先討論，主委這邊呢。

**許世明代表**

我建議第7案到臨時會再討論。今天的資料只有新的案題，若要變更為原來的案題，資料可能稍嫌不足。沒辦法做進一步討論。做資料討論是同意的，但建議在12月10日臨時會討論。尊重主席，若案子能全部討論完，就不用臨時會做回應。

**主席**

很難預料是否能討論完，全聯會所提第7案有許多理事長反映是有意見，若是今天先討論感控，第7案務必請主委與理事長們溝通。因為多數理事長有意見，到這裏確實非常困難。我們尊重全聯會，畢竟您們是窗口，是否有可能今天還是照原議程走，理事長是否同意第7案帶回內部溝通。假定有變動，再送變動後的提案。

**王棟源代表**

我們回去加開臨時會討論此案。

**主席**

沈醫師與石醫師可以嗎？

**沈茂棻代表**

意思就是案子先撤回嗎？

**主席**

案子先不討論，就算時間夠也不討論，這樣給全聯會較多空間，既然有爭議。

**許世明代表**

麻煩署幫我們能做初步結算。

**主席**

可以。

**許世明代表**

去年原方案執行到現階段的成果，包括身障的案件數等相關的資訊，有資料可以討論。

**主席**

謝謝沈醫師與石醫師同意。今天就按照議程順序討論。再下來討論第 2 案。

### **討論事項第二案：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」**

**主席**

要一項一項來討論，第一項將牙周病統合方案移到通則，支付標準科認為需要區隔，既然有不同的精神，是否就維持在通則，各位有無意見。如果沒有窒礙難行，只是文字搬動，把很多原有管控拿掉，就失去原先牙周病統合方案的項目，是否仍維持在通則會比較公平。到時候品質會不好。

**林順華代表**

我們會做這些修正，是因為導入一般預算之後，一般預算裡面沒有限制醫師資格，所以說會有一些部分刪除。

**主席**

我們在一般怎麼會沒有限定醫師資格，在支付標準裡面太多項目都是限執行醫師資格，要不然你們會變成品質很難把握。

**連新傑代表**

補充一般在西醫支付標準表，大部分有些支付標準是限某些專科醫師，比較不會是牙科用牙科醫師，一般案件內又限縮這個項目要上過什麼課程內容，且又不是專款。今天因為牙周統合這件事情其實已經做過 10 年了，已經是例行性業務，現在對於新的醫師、年輕剛畢業的醫師 PGY 訓練的取得是必修課程，基本上我們認為說牙周統合的訓練、上課這件事情，其實已經不用再需要額外勞師動眾有上課才能執行，因為住院醫師訓練包括 PGY 訓練都已經有做，而且我們在已經取得牙醫師證照已經推了 10 年，基本上這件事情應該已經可以不用再做，我們認為是不太需要的。

**主席**

如果過去 10 年該訓練都訓練了，有寫跟沒有寫有什麼差別，那你新進的你可以訂定醫師條件，但是你把它拿掉就代表過去沒有訓練的人以後都可以去

做，那牙周病的品質會不會受影響呢？因為現在牙周病不是每個人都要做，過了10年不就落實到你們日常，並不是每個醫師都愛做，或者是能做，或者是願意做，並不是變成基本需求，我們感覺是基本需求，可是你們牙醫師並不這麼 ready 成為基本需求。

### **連新傑代表**

應該是這麼說，牙醫師分為很多專長，的確像有些專長別像是兒童牙科、像羅醫師一樣，基本上他本來就不會 involve 牙周專長的部分，可是他不是說他不會做，在大學時代絕對都有做過，受過一樣的訓練，這些都是基本訓練，所以只要取得牙醫師執照，基本上除了申報端以外，這些都是基本的醫療技術。

### **主席**

如果你這麼認為，那過去10年為什麼要這樣要求。

### **連新傑代表**

因為我們希望大家推廣牙周病的治療，因為牙周病的治療需要大家重新再把基本的訓練更紮實。可是我們真的是10年來覺得說上這個課，花這個人力跟物力，還有上課的醫師人數逐年遞減，那真的覺得再花下去其實是不是一定要上過課才能做這件事情。

### **主席**

那是兩件事吧！你如果覺得你們的牙醫師已經不需要訓練，訓練班就不用辦，但是原來受過訓練的人就可以做，沒有受過訓練的人就不能做，這樣自相矛盾，因為當時的牙周病要求的也許是理想性，也許是希望把它做好，但是這不因為納入一般就通通把它一筆勾銷。因為那還是維持品質的門檻。所以是不是我們暫時先維持好嗎？

### **王棟源代表**

同意。

### **主席**

好，謝謝，那接下來我們就下一案。

### **醫務管理組 王玲玲科長**

針對今年要新增的兩項目進行說明，109年牙醫總額協定事項(討2-3、2-4)，醫療服務成本指數改變率增加之747.5百萬元，優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用，其餘預算用於牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施、藥事服務費等支付標準之調整。按照協定事項在支付標準第三部牙醫通則增列「牙醫離島假日開診之獎勵措施」，建議增列文字為離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本標準第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十支付。依增列文字的預算估計，推估109年全年加成費用約200萬點。設立無障礙設施之獎勵措施109年各總額皆編列此預算，考量各總額執行本項鼓勵措施之衡平性，故本項將

保留一定預算用於鼓勵院所設立無障礙設施。暫以第一階段診察費每件增加 5 點，預估 109 年約增加 144 百萬點。牙醫藥事服務費按協定事項，此預算用於藥事服務費之調整，以 107 年申報資料推估每調升 1 點約需 600 萬點，考量與西醫基層之衡平性，建議本項需保留一定預算。其餘全聯會提案內容，本署說明詳「增修第三部牙醫支付標準」(附件 1)，全聯會在通則提出 2 個部分，請全聯會說明一下及以下修訂是否同意，地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間限牙醫師申報牙醫急診案件之第四節口腔額面外科之處置費增加些文字，這個項目預估增加的費用是多少？牙全會所提 24 個診療項目不適用手術材料加成、緊急加成。但是考量與西醫手術緊急加成成數(30%)之衡平性，請說明牙醫加成 50%之原因。另本項總額協商時牙全會所提目標為「強化民眾夜間牙醫急診就醫，提升醫院夜間看診醫師醫療服務」，請說明所提急診加成項目是否屬緊急之處置？項目是否為列於以下 24 個，那如果經過確認同意，未來將於申報格式規範申報牙醫急診加成需填列執行起訖時間，這邊是第一個我們要請全聯會說明的部分。第二個要說明的部分是編號 92063C 討 2-12 有關拔除深部阻生齒，這邊我們有做部分文字說明，這些文字說明涉及專業部分，請全聯會說明這些文字說明有沒有放寬適應症。

**主席**

請全聯會說明。

**翁德育代表**

我先請教一下，討論 2-4 就是今年成長率協商裡面有醫療服務成長指數改變率預算裡面的一些想法，現在寫在裡面第 1 個就是說牙醫離島假日開診 200 萬點應該是沒有問題，牙醫藥師服務費總共 600 萬點應該也沒有問題。

**主席**

這個 600 點是調升 1 點 600 萬點。

**翁德育代表**

請說明到底要調幾點？為什麼要調？另所謂設立無障礙獎勵措施，署本部這邊是預計每件增加 5 點，會增加 144 百萬點，這令我們強烈的憂心，我們剛剛稍微調查一下，可以做到無障礙措施的全國大概才 2 家，這項是否等會大家再溝通一下，以上。

**簡志成代表**

我們的擔心是這樣的，剛剛 108 年是品保款獎勵，做不到就是不要領，那沒有問題，但是直接編在這裡，如果我做不到那這樣是要算扣回，還是變成要再想一個支付標準表少 5 元來補足？

**主席**

跟大家說明，今天部長已經核定下來最新的，討 2-3 其餘預算用於藥品基本價已刪除，請劃掉，其餘都保留。討 2-4 也無寫到藥品基本價，所以不影響。離島假日開診的部分大家都沒意見，這項 OK。無障礙獎勵措施我們暫保留 5 點，因為明年標準尚未確定，保留是反映調整支付標準，但也有可能用不完，

因為我們還沒有討論細節，但是用不完我們不會收回，這 1.44 億就是回到總額浮動點值，僅是暫保留一個彈性，各基層總額都保留 5 點，之後再協調。

### 翁德育代表

今年協商醫療服務成本指數改變率的預算是優先調在感控，現在無障礙設施調 5 點會壓縮到感控的點數，我跟主席報告一下，牙醫的感染管制我們唯一要跟會員做全面的訴求是盡量把點數提升到讓大家有感，有感才會心甘情願去做感染管制的項目，因為其他項目會去壓縮到點數，在推動上相當困難。牙醫的診察費是感染管制加診察，所以理應比其他部門的診察費要來的高，現在就是我們的診察費比其他部門要來的低，所以會員非常的反彈說，為什麼我們的診察費比其他部門來的低卻要做的比其他部門要來的多。所以在這個部分要增加 5 點是沒辦法接受的。我們希望山地離島如果需要我們就調，但是剩下的部份我們是朝感染管制為優先，我們調點數到 41 點，還會剩 1,000 多萬點，如果要來應付 109 年設立無障礙獎勵措施裡面的點數也是足夠的，以上。

### 黎達明代表

醫院牙科第一次發言，協商調整點數在不管無障礙或是感管，在醫院的運作的都是有標準的，所以無障礙的部分是由署裡直接分給所有牙科的醫療院所呢？還是基層院所？這部分請主席說明。

### 主席

這個問題在其他總額都有被問到，但是醫院是醫院評鑑，醫院理論上都會符合無障礙措施，所以醫事司這次提出來的無障礙標準是 for 診所的，不是醫院，部長核下的也是診所設立無障礙措施，所以並不包含醫院。

### 黎達明代表

給醫院的部分其實是給醫科在享用，但今天我們討論是在牙科總額下增加的。

### 主席

診所也被要求要有無障礙，所以診所(牙醫、中醫、西醫基層、透析診所)通通適用於設立無障礙措施獎勵。

### 簡志成代表

這裡是設計在診察費裡面，萬一我已經領了這筆診察費但是做不到，因為之前是獎勵我有做到我才申請，這才是比較麻煩需要處理的地方。

### 主席

是不是要設計在診察費還在研究，但必須是一項支付標準。

### 翁德育代表

我了解署本部這邊這件事是一定要推的，我剛剛想了個辦法看大家能不能接受，如果用診察費增加 5 點可以申請這個項目，但預算不要那麼多，如果真的不夠，我們道第 4 季開始之前，執行預算多的挪到一般預算撥補增加 5 點的預算，但不希望這 5 點去排擠到感控費用的額度，再三跟主席拜託，感控

額度再被縮減，真的很難去說服會員和全部院所去做這件事情，最起碼要超過其他部門診察費，以上。

**主席**

請問醫管組的看法是？

**醫務管理組 李純馥組長**

感控的問題我們後面會討論，因為現在無障礙標準還在討論，現在是因為原先中醫有預留5點，我想各總額大家都有這樣的一個概念，所以才會提出這樣的匡列，不過剛剛主席有提到，匡列只是個虛擬也不盡然通通都會用進去。

**主席**

現在這個匡列是暫時，也吻合翁醫師講的，如果感控需要那麼多錢的話就是透支，連保留的都透支那不是也一樣嗎？會透支的就是原來非協商的7.47億再加上爭取到的5億，又保留1億給無障礙，透支最後你們願意用一般預算來補，這是你講的，那結論上效果是一樣的。

**許世明代表**

原則上同意，如果說到最後感管的時候調的金額就不限於7.47+5-1.44億的金額，不限金額的話我們就可以討論，謝謝。

**翁德育代表**

我還是要確認一下，無障礙設施增加5點沒有問題，但並沒有增列預算，是在一般預算裡面勻用，所以並不會影響等一下感染管制要調整的費用。

**主席**

等一下再提，那裡我們也有意見。藥事服務費的部分因為還要再協商，因為藥事服務費各總額都會碰到，牙醫的部分是比較少的，你們是同意到時候調多少你們都配合，是不是這樣？

**翁德育代表**

不是說調多少都可，還是要有一個模式。

**主席**

現在這邊只是調整出來1點約600萬，它可能不是只有調1點，可能最後協商出來是調3點，就是1,800萬，你們要有預留這樣的空間，調動一定是1-4點之間。

**許世明代表**

我想瞭解一下，調整點數協商的代表或機制在哪？另外點數調整的依據在哪？

**主席**

會在醫院總額及西醫基層會議提出討論，最後會在共擬會議討論，支付標準final一定是在共擬會議，藥事服務費初步討論的會議是在牙醫、西醫基層、醫院會議。差別是在藥事服務費在牙醫部份量少，對牙醫影響小，影響比較大的是西醫基層預計調整2-4點之間，最多是2,400萬點。

### 許世明代表

希望在相關會議裡面有代表可以去瞭解過程。

### 主席

你們醫院總額及西醫基層有沒有代表?只有共擬會議有代表嗎?其他總額研商有沒有代表?沒有。

### 許世明代表

想瞭解點數是用什麼機制去訂定?

### 主席

協商，因為藥事服務費多年沒調整，部長也有指示，所以最多調整 4 點。請大家同意預留。另外在討 2-4 頁前半段 3 項大家同意吧?好，同意。那開始討論新增支付項目的部分。

### 醫務管理組 王玲玲科長

就支付標準增修附件 1 的兩個部分請全聯會說明，討 2-7 頁有關通則要加成 50% 的項目，請全聯會說明這樣增加的費用會是多少，另外這 24 個診療項目不適用在手術材料及緊急加成，但我們考量手術加成的衡平性，因為西醫基層是 30%，請全聯會說明加成 50% 的原因。另外這 24 個診療項目是屬於緊急的處置嗎?未來經確認同意，請醫療院所申報要填列執行的起迄時間。另外討 2-12 頁 92063C 手術拔除深部阻生齒，全聯會有做文字修正，這涉及到專業部分請全聯會說明是否有放寬適應症。

### 林順華代表

92063C，舊文字裡面是把它合併在一起，上顎骨的文字部分沒有動，下顎骨才有高度，把下顎骨明確化，是在下顎骨骨性阻生齒最深處具下顎骨邊緣垂直高度小於 1/2 者，並增加臨床治療指引，讓審查醫師有標準審查規格去審，因為去年各分區提到 92063C 爭議頗大，在各分區業務組和審查醫師，所以我們把文字明朗化並制定出來，讓審查醫師有所遵循，並無新增任何情形。

### 主席

意思是沒有放寬適應症，請季老師幫我們確認林代表講得對不對，等會再請教您。

第一項通則的部分哪位代表可以回應?

### 邱昶達代表

我是醫院牙醫協會代表，這是我們提的，簡單報告一下，第一個部分在西醫的急診刀上面，這邊有很多醫院代表，基本上都是在開刀房執行為主，申報費用在處置費用另外再加收 53% 的材料費用，所以在西醫開刀房的處置，比如說是 1 萬點，實際上可以報到 1.53 倍，如果再加上 30% 的夜間加成，換算後是增加到 1.83 倍，遠比牙醫增加 50% 之後的 1.5 倍高，所以我們並沒有比西醫好。第二部分，牙科的材料費用在開刀房並無另外像西醫有加成 53%，只能用原來的申報碼，而且這些申報碼都是低價的。第三部分，牙科急診需要四

手操作，四手操作的意思是需要有牙科助理幫忙吸口水或血水，病人夜間急診，牙科助理會到嗎？一定是要派兩位醫師，我們派了2位醫師，只要求加成50%，這實屬合理反映成本。第四部分，誠摯地建議把這些急診常用牙科處置多點加成，這其實只是在反映住院醫師納入勞基法後工時的增加，且這些費用還補不上申請的加班費。另外一併回應24項是否屬於牙科緊急之處置，這24項都是用在緊急方面，比如說外傷骨折、蜂窩性組織炎、其他相關的 trouble cases，所以這些都是屬於口腔外科方面。另外報告，這上面提到西醫照會牙科急診，西醫照會的部分希望可以比照當初106年健保署發的公文，針對92093牙科急症急症，在西醫照會的部分，在不另行申報診察費的情況下，可以由另一位牙醫師以代碼申報，希望通過後所有新的牙醫夜間急診加成部分，可以比照辦理。

#### **醫務管理組 王玲玲科長**

我想先說明一下，西醫的部分會有所謂的1.53，加計53%是指一般材料，這是手術部分才會有，處置是沒有的，處置項目絕對不會去乘以1.53，這是第1個要說明的，第2個的話，這次要修訂的是屬於地區醫院、區域醫院及醫學中心在夜間加成，所以不牽涉到一般的基層診所，所以牙醫診所沒有這樣的問題，也沒有助理要出來的問題，醫院的急診部門本來就設置有基本的醫護人員，護理人員這些都是有的，所以這樣子的費用，不會因為說你有另外的助理要增加，所以說要有部份的費用來分攤這樣子。

#### **邱昶達代表**

不好意思，我要反映一下，不是醫院任何一個護理人員，都可以臨時擔任牙科助理。

#### **醫務管理組 王玲玲科長**

不是，我的意思不是這樣子。

#### **邱昶達代表**

你三更半夜找個急診的護士，他是不太熟悉牙科 suction，口腔那麼小，他不是處置都懂，甚至不會幫你備物，連牙科的東西放在那裡都不知道。

#### **醫務管理組 王玲玲科長**

我的意思是說，在這個修訂內容裡面，經西醫急診照會，病人基本上是在急診部門，照會的牙醫師過去做了些緊急的處置，我現在請問，就是說現行的醫療只要是急診照會牙醫，到牙醫的診間裡面是必須牙醫部門要自己配備人力，急診部門都不會管嗎？也不會有醫護人力過去嗎？

#### **邱昶達代表**

您講的跟實際有點落差，急診不是只有牙痛，有可能是外傷，有可能是較嚴重感染，西醫要照會牙科，牙醫要幫他處理。那西醫你怎麼可以不給他，西醫還是有看。比如他蜂窩性組織炎，先做全身性的評估，需要打抗生素或什麼的，最後才去照會牙科，醫療是一個 group，是一個團隊。現在牙科急診很

難做，拜託多少支持一下。

### **許世明代表**

我想做個說明，也把案題拉回來一下。針對第一項署內提到所謂 30 到 50 的部分，這個部分我們當初提 50，應該是在我們協商的時候，在跟健保會協商時我們提供的資料，之所以提 50，因為在西醫是加 5 成在診察費，牙醫部門跟西醫部門是有點差異，因為看診人數的關係，主要是在處置，所以當初我們在跟健保會在做總額協商的時候，就是用加 5 成來跟健保會協商，健保會也同意用這種加成的算法，費用給我們，所以這 5 成的部分，我在這邊做一個說明。至於說底下案件數的部分，這些案件醫令的提供是目前有在執行夜間急診的牙醫師，在他們日常急診可能碰到的案例，所在處置的醫令，所以他們提出這些醫令來，這些醫令不是我們憑空自己想像的，是他們實務上經驗，覺得夜間急診會碰到，可能會需要申報這些醫令，以上說明。

### **主席**

釐清了嗎？組長、副組長這邊 ok 嗎。

### **醫務管理組 李純馥組長**

因為加成率確實是各總額在談判的時候都有提，因為那是在健保會的場合，我們也尊重，因為這是協商的部分，可是我們回頭在看支付標準，各個總額間比較的時候，在西醫所有各科別在夜間去做急診，只有急作開刀有做加成，或是有符合一個小時檢驗檢查結果會出來的急救檢驗有做加成，我們只是要告訴你們說，因為他們加成在手術的部分也只有 3 成，我們如果把你們的處置等同他們的手術，因為也是具有侵入性的，所以我們才說比較過來是不是只要 3 成，我們只是提這樣的建議，因為你們拉到 5 成，一樣西醫也會看你們這樣的規定，說我也要處置 5 成，因為他們處置是不加成，只有手術。現在要提醒你們就是，誰知道這個個案是在夜間，所以也是要醫院填報給我們，未來這些醫令假設要加成，也提醒所有執行醫令的起迄時間一定要填，否則我們沒有辦法知道他到底是白天做的還是晚上做的，因為過去西醫在做急診加成有申報不守規矩的情形，提醒你們總額這邊後續可能要注意這部分，開刀房手術我們一樣在牙科也給他材料費 53%，我們沒有對牙科不一樣，開刀房手術一樣材料費有加成。

### **邱昶達代表**

如果沒有記錯，其實貴署今年剛修過，前幾次開會這些碼支付標準很多已經變成手術碼。

### **醫務管理組 王玲玲科長**

那時候是因為在門診的那個章節，處置跟手術混在一起，大家分不清楚，但是可以加成的部分，還是只有開刀房手術的手術項目可以乘以 1.53，門診手術的那一段是沒有的。

### **主席**

所以現在是這些項目要在夜間急做的處置，我們西醫在這個時間應該是加成

30%，牙醫如果加成 50%會有衡平性的問題；另外就是急診照會牙科的部分，費用由牙醫總額支應，這個應該沒有問題吧，主要還是加成 5 成還是 3 成的問題，至於 1.53，因為是處置費所以沒有 1.53 的問題，好，那就是 5 成跟 3 成。

#### **許世明代表**

再說明一下，就是西醫他們夜間的急診診察費有加成 50，那如果說處置再 30，就等於 2 個都有加，那我們牙科部門在這邊只加處置費。

#### **主席**

如果西醫的診察費有加 5 成，牙醫是照會而已。

#### **醫務管理組 李純馥組長**

他們的時間是晚上 10 點到早上的 6 點，你們的是晚上 9 點到隔日早上 9 點。

#### **許世明代表**

事實上在健保會協商的時候，也有委員有關心到，因為大部分的院所到晚上 9 點就休診了，到隔天早上 9 點才開診，我們是希望橫跨這個時間。不知道當初西醫的考量是怎樣，還是西醫診所一般開診都開比較晚。

#### **主席**

現在西醫是診察費夜間有加成 50，因為你們沒有診察費，但是西醫的處置也沒有加成，可是你們現在要的是處置要加成。

#### **醫務管理組 李純馥組長**

這個個案如果在醫院的急診，我們已經給醫院一個急診的診察費，如果是晚上 10 點到早上 6 點也是加成，現在是因為急診醫師看完以後，他要會診牙醫，所以牙醫要進場，我們也理解牙醫要加成，只是我的意思說同樣科別在這家醫院裡面，如果他是其他的內科醫師，或是其他外科醫師進去到急診去做緊急的處置、照會，他只有 3 成，同樣醫院內部不同科，他也會來質疑我們健保署，為什麼其他科是 3 成，牙醫是 5 成，所以我們才會這樣說，當然你們如果去比他的急診診察費，因為我們已經給他加成 5 成了，醫院是一體的，對健保署來講我就已經給他加成 5 成在診察費的部分。

#### **王棟源代表**

醫科跟牙科本來就不一樣，一個晚上醫科急診患者可能不只 10 個，牙科可能 2-3 個 case，考量因診察費不在牙科，所以將處置費比照醫科診察費加 5 成，這算給牙醫師一個補貼，事實上這也是剛講的對民眾有方便性，今天再不給他們這一點加成的話，人家做不下去，我們希望給他們一點補貼。

#### **黎達明代表**

我再補充一點，在牙科急診的部分，其實我們沒有辦法利用急診的人力，事實上牙科都想要辦法自己解決，剛考慮的人力，其實都是在急診下的運作模式，但是牙科與急診卻是運作模式不一樣，以上。

#### **主席**

主委還是理事長這邊還是堅持 5 成嗎。

**許世明代表**

我們認為這樣子應該是對目前第一線值班的醫師比較好。

**主席**

可是沒有 1.53，沒有診察費。

**許世明代表**

對，沒有診察費。

**主席**

可是處置這樣要增加 1,000 萬是嗎？

**許世明代表**

應該是依去年的醫令，統計出來如果要加 5 成應該是這樣。

**主席**

這裡有幾件事情要處理，一個就是說這幾個醫令是不是都考慮過的。

**邱昶達代表**

這個是經過醫院牙醫協會跟口腔外科學會主要輪值牙科急診的兩個學會共識的。

**主席**

那這個臉部創傷處理為什麼是牙醫。

**邱昶達代表**

很多醫院顏面部外傷牽扯到口腔，通常是要口腔外科的醫師去縫合。

**主席**

如果大家堅持，而且我覺得醫院的牙科也需要保護，我們就接受你們 5 成的建議，但是不是麻煩把你們的特殊性寫進去，你們寫給我們，我們寫到支付標準為什麼加 5 成的理由備註，免得西醫拿來比照，支付標準科可以嗎？可以，那就是 5 成的理由成為支付標準的備註，因為跟西醫不一樣，所以加成的成數比較高，如果可以的話，我們這個就同意，還有要填起迄時間這件事情 ok 嗎，特別是醫院的代表。

**邱昶達代表**

我們支持但建議時間從寬認定。

**主席**

你就是以病人的時間為主。

**邱昶達代表**

對，主要 involve 到這個時間就從寬認定，但還是要註記時間。

**主席**

病人到的時間跟離開的時間，不一定全部在這個 range 裡面，但是最起碼要

卡到，如果頭尾都沒卡到那就不能加成 50%，這個可以，但是要申報起訖時間，就是醫令的起訖時間，每一個醫令都要起訖時間，可以嗎，那我們就寫入決議。還有就是剛剛季老師有幫我看 2-12 頁，這個修正 ok 嗎。

### 季麟揚代表

跟主席及各位代表報告，剛跟鄭院長討論一下，這應該是文字修正讓它更精細，並沒有擴大適應症的問題。

### 主席

好，謝謝。那我們就照全聯會這邊的文字，季老師幫我們看過，它不屬於適應症放寬，所以也就不會有預算的衝擊，那這一點支付標準科 ok 了嗎，ok 的話就再下一個。

### 醫務管理組 王玲玲科長

接下來就是 109 年要新增的顎顏面外傷術後的 2 項支付標準，第 1 項是初次門診檢查照護與計畫費，這裡訂的支付點數是 2,500 點，我們的意見是請全聯會跟我們說明一下什麼是計畫費，還有本項的照護內容可能要明列出來，另外本項預估增加的費用，顎顏面外傷術後初次門診檢查紀錄跟計畫表，是不是要列在支付標準的附件裡，我們有一些建議就是說註 3 的不得合併申報是不是可以跟註 5 整併，修正文字為不得與 89006C、90004C、91001C、92001C、92066C、92XXXB 合併申報。另外有關註 4「手術出院後 30 天內申報乙次」是不是可以明定手術的範圍。另外就是作業流程並沒有 X 光檢查，請說明一下成本分析表裡面醫療設備有列計 X 光機的原因，另外在成本分析表裡面護理人員有耗用時間 60 分鐘，請說明在醫院牙科門診施行本項，護理人員是不是有全程跟診的情形，就是依各類人員於各階段作業耗用時間，修訂作業流程表。那作業流程中的中期作業流程有含洗牙，是不是說明申報本項是否不得同時申報洗牙。另外全聯會的成本分析表，成本合計點數為 2,597 點，但是所提本項點數為 2,500 點，我們要確認本項所提點數是 2,597 點或 2,500 點。接著註 1 的地方，是建議說「須顎顏面外傷病人之診斷至少包含下列 ICD-10 碼，下面註 1 的地方總共有 5 個 ICD-10 碼，我們是不是加註以前 4 碼來做一個加註的認定，接著是建議新增註 6「本項限門診申報」，這是第 1 個支付標準。

### 主席

好，一個一個來吧。這個部分要不要先說明一下，特別是計畫費。

### 許世明代表

計畫費應該把它刪掉。

### 主席

初次門診檢查照護費，頓號還要嗎？

### 許世明代表

門診檢查與照護費，因為檢查與照護是 2 件事情，把「與」往前，然後「計

畫」刪除。

### 主席

那英文麻煩打一下，接下來請說明，這裡共有 11 題，有人可以一一答覆嗎。請邱醫師。

### 邱昶達代表

這個案題是口腔外科學會所出的，首先我先感謝剛才那個案題各位委員還有長官的支持，我替全台灣的醫院謝謝大家，第二個部分，我們就這個案題增加費用已經有列入，關於貴署提的不得合併申報的部分我們支持。關於不含 X 光檢查，大家也都知道看牙科幾乎要照 X 光，為什麼會沒有列入，因為沒有百分之百會照，所以沒有把它列入一定需要的部分，就沒有把它特別寫進去。至於成本分析護理人員耗用 60 分鐘，其實如果外傷的病人，尤其是很多都是頭部外傷，口腔外科怕他腦震蕩，腦震蕩的病人其實需要護理人員全程陪同，尤其是觀察他的生命跡象，並且協助外傷處置，所以這個護理人員大部分是要全程跟診。第 8 點關於洗牙，我們同意不要同時申報洗牙。第 9 點 2,597 點跟 2,500 點，是因為概算的時候，可能取一個整數，所以應該是 2,500 點。第 10 點 ICD-10 前 4 碼的部分，ICD-10 好像有到 6 碼，建議前 4 碼，限牙醫門診申報時是可以的，以上報告。

### 主席

好，看起來答案都是正面的，大概就是第 1 項 OK，第 4、第 5 項 OK，然後第 6 項堅持 60 分鐘，第 8 到 11 項 OK，對不對。那你沒有處理的就是第 7 項、第 2 跟 3 項，第 2 項是說增加的費用，然後第 3 項是說這個紀錄是否要列入支付標準的附件。

### 邱昶達代表

第 3 點支持，也建議考慮納為抽審。

### 主席

列為支付標準的附件，如果有抽審就要出示。

### 邱昶達代表

因為這個階段的作業時間基本上護理人員在，醫生一定會在，醫生跟護理人員的工作時間平均就是 60 分鐘，甚至有時候會更久一點，因為有時候外傷的病人，他是很虛弱的、動作很緩慢，我們也不敢催促他。

### 主席

好，大致上有回答了。那經費呢，可能這種 case 有多少？因為當時爭取的預算是 1,400 萬，這個可能會有多少 case。

### 邱昶達代表

那時候談是約 1,000 人次。

### 主席

估計是 1,000 人次，對不對，這個 OK 吧，應該還是在這範圍內。接下來下一

題。

**醫務管理組 王玲玲科長**

還有一個就是我們註 4 說，限定同一病人手術出院後 30 天內申報 1 次，手術出院這是指什麼樣的手術範圍。

**邱昶達代表**

這限同一病人於當次手術出院的意思，就是說你只要可以列舉證明你可能是自己手術，可能是口腔外科自己手術收住院的，但是也有可能是腦神經外科或者是整形外科手術之後，請他回牙科繼續追蹤或者是其他牙齒的檢查，這應該也是可以列入，假使他可以自己舉證被顎顏面外傷開刀過。

**主席**

這樣清楚嗎？

**醫務管理組 李純馥組長**

如果這邊知道是那些手術醫令把他註記進來，可能我們分區在執行上和您們在申報上會比較沒有疑慮。

**邱昶達代表**

我的建議是出院或門診診斷有列了第一點 ICD-10 那些碼符合就可以列入。

**主席**

如果這些碼一定會有手術嗎？

**邱昶達代表**

有些部分是講得比較簡單，像骨科的骨折他不一定有手術，但他有可能會打石膏。所以應該是這樣認定，你不能說打石膏就不列入紀錄，這應該就算是外傷的術後追蹤。

**醫務管理組 吳科屏副組長**

那你的名字就不能寫手術後出院，因為沒有手術，我們怎麼認定？

**邱昶達代表**

那就建議改成外傷出院後，比如頭部外傷出院後。

**主席**

可是你的名稱是顎顏面外傷。

**邱昶達代表**

那就顎顏面部外傷出院後。

**主席**

那文字上就改一下，不一定要手術的話，這個文字會後把他嚴謹一點。

**醫務管理組 吳科屏副組長**

你的診療項目名稱要不要改成顎顏面外傷出院後初次門診檢查及照護。

**醫務管理組 李純馥組長**

因為你的名稱就是 post-operative，就是 operative 才會有後面的處置，我們希望定義清楚。

**邱昶達代表**

這個細節我們帶回全聯會討論，如果要現在決定，照剛剛的意思就是住院術後初次門診，當初立的本意也是如此。

**主席**

如果是術後表示很嚴重，我還是覺得嚴謹一點比較好，因為這個項目一定會納入電腦審，所以定義清楚會比較方便，這項我們文字就稍微保留，會後再跟邱醫師聯繫，把文字嚴謹一點，接下來。

**連新傑代表**

剛剛有一項是要檢附附件要納入支付檢查表的部分，我是建議當作一般檢查的附件，我們也沒有拉出當支付檢查表的附表，因為每個醫院的格式都會不一樣，就像顛顎關節去年的檢查表並沒有納入支付標準表的附表，那我們會公告。

**主席**

這不是剛剛邱醫師說 OK 嗎？

**連新傑代表**

全聯會開會的決議為不建議納入支付標準表的部分。

**主席**

這樣子的話會不知道照護的內容，因為沒有標準化。

**林順華代表**

那個表格是跟全聯會報備，有納入支付標準表的話，若是有醫院端修改，他要重新公告，那也顯得麻煩，必須要由全聯會報備到署。

**主席**

所以你的文字要改成什麼。

**林順華代表**

就由本會報備署。

**主席**

就是報備一個版本嗎？

**林順華代表**

全聯會目前版本是一個約略的表格。

**主席**

將來會把版本報備給我們嗎？

**林順華代表**

應該是要。

**主席**

那你如果要報備給我們，那放在支付標準為什麼不可以？

**林順華代表**

放在支付標準表，以後修改就要重新公告，公告有時候要剛好有那個時機。

**主席**

那可以嗎？審查注意事項。

**連新傑代表**

應該是說我們很多檢查表，他會有一個大項目，他不會把細項的項目變成支付標準表，如果裡面就錯字就要重新公告再跑流程一次。就像去年顛顎關節的檢查表我們也是上網公告要檢查這些項目，可是你變成格式，可能有些醫院電腦格式是不太一樣。那項目內容沒有改，只是排版可能會不一樣。

**主席**

那就不要列入支付標準表的附件，但是你們還是要跟我們報備，那這一項討論差不多，接下來下一案。

**醫務管理組 王玲玲科長**

接下來診療項目是顎顏面外傷術後照護費，建議支付點數是 1,000 點，我們初步意見，第一是把註一不得跟初次門診檢查，把上面那個新增項目，同日不得申報的字跟註釋整併，修訂文字為不得與 89006C、89004C、91001C、92001C、92066C，還有上述項目合併申報。另外要請全聯會說明，註二第 d 項，牙齒斷裂相關覆髓或臨時填補治療與 89006C(覆髓)支付點數 140 點及現行填補(牙體復形)相關醫令是否重複。第 4 點也是剛剛的問題，X 光機的問題，再來就是護理人員耗用 40 分鐘的這個項目。第 5 點是各項人員在各階段作業耗用時間，如果有修正的話也必須修訂整個作業流程表。第 6 點也是含洗牙這個部分，照護內容有沒有包含洗牙。第 7 點全聯會的成本分析表，合計點數是 2,002 點，但本項提的是 1,000 點，還是要請全聯會確認本項是 2,002 點或 1,000 點。

**邱昶達代表**

因為今年爭取到的經費也是有限，2,002 點會超支，所以只能 1,000 點，這是第 7 點部分。那其他的部分，我剛剛都報告過了，跟以上提的雷同。

**主席**

好，所以都釐清了，那第 3 點的覆髓部分。

**邱昶達代表**

是建議不得同時申報覆髓，但是牙體復形 OD 部分，應該是兩件事情，應該是可以申報，覆髓是不得申報，牙體復形建議是可以申報。

**主席**

覆髓是不得申報，牙體復形是可以申報，是這樣嗎？這樣子有釐清嗎？玲玲科長。

**醫務管理組 王玲玲科長**

可以。

**主席**

這個項目就是 1,000 點，沒有意見這個就通過。接下來。

**醫務管理組 王玲玲科長**

這個提案目前是進入到最後一個項目，就是感染管制診察費用，這個項目預算來源有醫療費用成本指數改變率的 7.475 億及全面提升感染管制品質的 5 億，所以總共有 12.475 億，那按照全面提升感染管制品項的協定事項，本項是用在全面提升感染管制的品質，所有申請門診診察費均應符合加強感染管制的一個標準，那 109 年總額協商時全聯會就全面提升感染管制品質的資料，是以牙科門診診察費 00121C~00126C 及符合加強感染管制之牙科門診診察費，總共有 10 項診察費，以每人次 39.23 元去估算，約估 13.97 億，僅提列 11.37 億，本項目標是全面執行感染管制且執行率要達到 100%。這次提案內容只有調升感染管制的診察費(00129C、00130C)及山地離島地區感染管制診察費(00133C、00134C)，總共 4 項診察費，各項點數調升 41 點，預估所需 12.343 億。那我們這邊有一些事項請全聯會說明。第一全聯會之前是用全面 100% 執行感染管制之目標去爭取總額預算，但是這次提案只有調升 00129C 等 4 項感染管制診察費，未全面調升，是否有容許不執行感染管制之情形，是不是不符合總額協商的目標。另外，按照總額協定事項，有申請門診診察費都要符合加強感染管制目標的標準，若執行全面提升感染管制品質院所未達 100% 之目標將按比例扣款，請說明未符合感染管制者，我們如何訂定罰則。另外請說明如何達到全部牙醫院所 100% 執行感染管制的方法。另請說明如何確保院所落實「一人一機高溫高壓滅菌消毒」工作，還有民眾如何辨識院所落實執行一人一機高溫高壓滅菌的程序。這次是全面提升感染管制費，請說明牙醫院所全面達成 100% 感染管制之時間，及診察費調升後我們如何區分已完成和未完成感染管制程序的院所。那現行診察費有四類，有牙科門診診察費、感染管制診察費、特定身心障礙者診察費、初診 X 光診察費，為了符合全面 100% 執行感染管制，上述四類診察費是不是都應執行感染管制，請全聯會說明。另外依總額協商本署校正成本為 29 元，全聯會提 39 元，請說明這次調升 41 點的理由及差異。

**林順華代表**

我先整理這些問題，第一診察費這個東西，署要重視執行，剛剛問題在說我們的診察費有四類，為何只調升第二類，第一類先放者，先講第三類，在會內看法是前提都要做 SOP，只是說身障是比較特殊的預算，目前我們談的是一般預算。

**主席**

哪有這樣。

**林順華代表**

等一下再請簡醫師談。感染管制是 260 點跟 0167C 的差距，因為達成感染管制，我們也要商量，那 600 點他要不要申報 SOP 不歸我們管。

**主席**

這 600 點是甚麼？

**林順華代表**

就是第四類 01271C，這一塊是不用去動，第三類等一下請簡醫師回答。第一類我們 230，照道理講是要歸零，現在留下來的原因是我們要給會員適應期，並不是要把他留住，因為現在有些院所還是沒有走上 SOP，我們要逼他走上去。兩種方法，一種是 230 歸零，讓他沒得報，只能報 360。一種柔性作法，我們六分區每個月去跑這些資料，如果申報 230 我們就連續提報，不管是核定、教育、稽核到記點，就是要扣款，這樣逼一段時間上去之後，100%達到後這樣四項就會不見，這是比較柔性的作法，要看署方的態度。如果是強硬的方法，怕有些資深的醫師會搞不清楚狀況或不想作，當然是有個期限，這是會留這項的原因。在執行面上，一定要逼他們，方法就是六區在限期內去做一些報 230，不報 361 你達不到，我們就定期用醫管、醫審、用約談，再不行就移送去稽核。避免浪費太多人力，牙醫界也會大力宣導 SOP。第三就是審查醫師即將二月份訓練時納入課程裡面，成為種子醫師，回到各分區去做。各院所就是我們製作海報去張貼，病人不會看到我們消毒鍋，就是看到器械是裝袋，這樣病人就會很清楚我們診所到底有沒有在做，這一塊應該是可以的，以上。

**主席**

你沒有交代 29、39 跟 41 點。

**林順華代表**

這部分翁醫師會說明。

**主席**

請簡醫師。

**簡志成代表**

主席，跟大家報告，事實上我們特定身心障礙者的診察費就比一般診察費高，因為這個訂定標準就在訂定感染管制之前，甚至有了最初 SOP 我們都沒有去做調整，也是一直做到現在，今年談判本來預期有要去調整，因為預算狀況我們暫時也不去調整，之後我們會看實際狀況和操作需求再反映。因為這是專案計畫，我們在去裡面做調整，而不是我們不去做，我們還是會按照訪查表去作，只是裡面的成本到時候我們還是會反映，之後在談判專款內再做處理。

**主席**

談判的專款。

**簡志成代表**

就是特定內在調整。

**主席**

就是還是要反映在支付標準表裡。

**簡志成代表**

對，因為本來今年要提，後來沒有提。

**主席**

所以今年暫不調。

**簡志成代表**

就是今年暫不調，照做，因為我們落差比較大是因為還有一些外展單位，因為調整一定是連外展單位一起調。

**主席**

所以你要用這種原因明年再去要求加預算，我們也不接受。因為今年已經加了這麼多錢。

**簡志成代表**

我知道。

**主席**

你今年身障的不調，明年再用這個名義去爭取預算，那不等同是再多預算嗎？

**翁德育代表**

跟主席報告，我們今年調的這個成長率方案，他本來就是以六項門診診察費去計算，再加上後面四項初診診查共十項去計算，基本上在預算算法本來就沒有身障特殊的那一塊，我們沒有說將來要怎樣，但是釐清我們預算並沒有涵蓋身障這一塊。我順便說明 29 塊這件事情，當初署提每個人攤提 29 塊，我們算的是 39 塊，差別在於一些耗材及折舊，署方這邊沒有提列，所以差距 10 塊，為什麼後來我們從 39 點提到 41 點，是因為我們有四項初診診察費通通不調，為什麼，因為我們要集中火力把點數調高，那四項初診診察費的占比並不高，其他項目占比比較高，我們希望我們點數一定要超過其他部門，所以那四項不調，就是調其他六項，總共調到 41 點，以上。

**主席**

這件事情的重點不是只有點數往上疊的問題，是不是真的有做到，才有這個點數，調預算是有的，頂多也是稀釋點值，我們也希望合情合理，等一下再來討論為什麼我們估計 29 點，你們堅持 39 點，現在又比 39 點更高，等下再來講。

首先，就是部長提的如何保證每個人都做得到這件事情，因為你們是用 100% 去爭取預算，總額協定也說沒有達到 100% 就按比例扣款，誰知道有沒有達到，還是說他敢申報就當他達到的，剛剛林醫師一直在說明，本來 230 點是歸零不能申報，我們應該給他一個緩衝時間，還在申報 230 點我們就強力稽查，因為現在敢申報 230 點代表他還誠實，因為他沒做就不敢拿那麼多，但是他

沒做，卻害怕你盯我，我就先申報，院所那麼多，如何保證有報的一定做到。還有支付標準這邊也是希望全民一起來監督，因為這次花了這麼多錢，我們有可能要去宣導，讓民眾知道這是有加碼，以後我們牙科是全面品質提升，讓民眾也覺得這是有價值的，所以才會希望民眾是如何去辨識我這次治療和以前不一樣，這次規格比較高，這樣大家才可以互相監督，當然民眾知道這件事情也有可能會來告訴我們那一家沒有，可是他可能也報了調高的點數，這樣怎麼辦？

### **林順華代表**

主席的思慮是非常周延的，是不是有報 361 而沒做，第一我們都會公告給院所，第二是包裝是不是在檯面打開來，第三助理和醫師有沒有符合程序，第四我們院所診次都是差不多，備多少消毒包其實在過去看的時候就知道，6 個病人那只有消毒 3 支，那就很明顯不符合，所以這部分比較明確知道院所是不是真的有做，像 SOP 在看的時候，現在發現臨床上院所都會去做，主席這邊思慮是對的，那也會在各方面配合署，以上。

### **鄭信忠代表**

首先我很肯定健保署和全聯會對感管的努力，這是可以當作全世界的標竿，目前還沒有一個國家用保險來支付這樣的品質，這邊致上最大的敬意和謝意。過去十年我們提升感染管制的措施，現在問題來了，主席一直提到我們看的到嗎？事實上在感控有二個名詞，一個叫執行率，一個叫通過率，就像我們手部衛生有兩個名詞，一個叫正確率，一個叫遵從率，一樣的道理。我們今天感染管制做的好不好，第一是調查通過率，執行率不代表通過率，我有做但正確嗎？我有消毒但消毒健全嗎？我肯定今天作法的同時，是不是建議全聯會要有更具體量化的指標出來，去說服會員、民眾、健保署，否則坦白講這是無底洞，為了這個我去看很多過去的有關遵從率的文獻，很難。剛開始我們也不要做的很嚴格，能夠有效、可行、可評估的指標，如果可以做到，我覺得花這些錢是可以的。就像你沒有洗牙報洗牙的話，我給你加 100 倍或什麼，這些配套措施就是要更注意指標有效、可行、可評估的量化指標，這些指標可以隨者時代不一樣而調整，這些是無底洞，至少我們可以達到 70 分再慢慢改，包括你們說一人一機很好，但這不包括所有的感染控制，還有很多其他東西，今天我們應該聚焦把這樣的東西做出來，我再說一次，就是有效、可行、可評估的量化指標，這樣會員、民眾、健保署都可以接受，這是我個人小小的建議。

### **主席**

現在要邀請健保會委員，因為協定有一條是說沒有達到 100% 就要扣款，請林委員、甘委員，我們從民眾角度去監督這件事。

### **林敏華代表**

其實在民眾就醫的時候，基本心態是他來牙醫診所就醫是對診所是信賴的，至於民眾應該不會看到這麼細項，牙醫使用的器械部分是否有經過上述說的

消毒程序，或是器械的包裝是否完整，只是未來會不會有一天被報導出來某牙醫因為器械消毒不乾淨而的引發民眾感染的出現，或者是被拍到有重複使用，或未達標準，因為我們不知道現在民眾對牙醫的醫學常識到什麼程度，而且每個人的了解也不一樣，所以假設現在牙醫沒有達到，哪一天被民眾看到這些東西的時候，他們(牙醫)如何去善後?我想這也是一個蠻大的問題，所以一定要要求到100%，這本來就是應該要做的事情，而不是說為什麼要百分之百?因為牙醫的處置本來就是侵入性的治療，本來拿出來的器械就是要百分之百乾淨的，怎麼會有那種miss掉的情形發生?謝謝。

**主席**

請干委員。

**干文男代表**

當初在協商的時候，理事長跟徐主委非常賣力的爭取這個項目，我是持保留態度，第一個，你能不能做得到?你上面爭取的很熱，下面就估計就聽聽，還是照原本的講?在我的知道裡面，你們的約束力有沒有辦法真正的執行到百分之百健保署建議的事情，是否有同儕制約的能力，但我看到所說的一人一機，是一個人一張椅子、一個診間?還是幾個診間，那個機是什麼意思?是指那個鑽頭?還是到什麼程度?他伸進去磨的鑽頭?如果要民眾都知道你的整個都完全消毒，民眾知不知道?表面的消毒一定是做了，就用消毒劑噴一噴，擦一擦，民眾都有看到，但是高溫的殺菌，尤其是在鑽頭裡面能不能完全做到，我也不清楚，我也沒有看過，我蛀牙的時候也都去就醫，但我也完全看不懂有沒有高溫殺菌，所以問我究竟有沒有，我也實在不清楚，要去查也非常困難，完全取自於互信，說的是這樣，做的是這樣；協商的結果就是要做到這樣的程度，做不到就按比例扣錢。

**許世明代表**

在此說明一下，我們在協商也有講過，我們會要求百分之百是因為我們沒有辦法去確認，剛剛說有90%，我們容許10%，到底是哪10%的人可以不需要做?所以這在名稱上一定要要求百分之百，當然我也認同大家的看法，而且也是一定會發生的事情，絕對有一些院所無法做到，所以我們也同意有多少比例的院所未達成的話，也按照比例扣款，但至於要推百分之百是我們的目標，關於說如何落實讓民眾可以辨識，事實上我們會內也已經研議用什麼方式去做?是用照片或海報的方式讓民眾能夠知道；另外，要達到百分之百，在執行一個東西一定要有經濟誘因，這是為什麼我們要調到41點的原因，所以希望第一個要有足夠的經濟誘因，希望大家能夠落實這一項。至於是不是有院所一定沒辦法落實這個部分，或是沒有做也申報這個項目，我想這是一定會有的。健保實施到現在，有很多的違規的院所是一定有的，事實上，我們的方案有提出來，要依照必要措施來罰，違規院所就是我們目前提出的加強審查、核減費用、送審查等等。

**主席**

但是也有審查不出來的情況？

#### 許世明代表

是實地審查。因為我們現在提出的是實地審查的辦法，至於實際上抽樣多少？用哪個方式？因為目前只能這樣做，不可能用書面審查，因此這個地方我們有考量，如果我們要落實的話，一方面要獎勵，另一方面要查核，事實上，我們也是努力 cover 這個項目，包括我們會在 12 月底到明年大會間，會要求各公會一定要留下一定的時間讓我們做這方面的宣導，但是有沒有辦法一定做到百分之百，我想一定很難，但我們一定努力朝這個方向去努力。

#### 翁德育代表

我知道大家很關切的一點，當初我們提出這個方案，也一定會負責，但大家最關心的也一定會問的是如何知道這間牙醫有沒有做好感染管制？如何做到 1 人 1 機？所以要發展一套讓民眾很簡單可以辨識的方法，這是我們要做的。簡單講是這句，剛剛我說的是我們會議的決議，雖然目前會內決議還沒有共識，但我必須講自己的意見；其實目前我們最主要也是 1 人 1 機，1 人 1 機的部分，一是高速手機，就是洗牙機頭，當然有很多的方式都可以達到高溫滅菌的效果，可是民眾怎麼會知道拿到的東西到底是不是滅菌的？其實我們很簡單，醫師只要多花一點時間，多花一點成本，只要把它包裝起來再送去高溫高壓滅菌，裡面有個簡單的指示劑(滅菌帶)，出來之後有看到(指示劑/滅菌帶)變色了，所以當民眾看到要放在他嘴巴裡的高速手機是個包裝密封、有指示劑(指示滅菌帶)變色的包裝袋裡面的工具，就是他專屬滅菌的高速手機，只要醫師當著病人面前把包裝打開，就可以去辨識。大家一直在講如何稽核？因為光看看不出來啊，我們如果去稽核，我們每年查了多少？大概 4% 到 5%，預計要查 20 年才能查完 1 次，我是沒關係，但是大家不一定看的到這樣的結果，所以最主要我們還是要發展到民眾自覺去查，讓民眾自己去監督，但我知道很多牙醫不認同，所以我也沒有辦法，但是我是覺得一定要發展到這樣，我們現在最容易看到這兩項，一個是高速手機，另一個是洗牙機頭，洗牙機頭一定會見血，所以更是要包裝滅菌，然後看到完整的包裝，有變色的滅菌指示帶，其實如果民眾有看到這樣的結果，他們會很安心，當然我這樣講並不代表所有的醫師都有做好，但是最困難的是高速手機，因為要滅菌前要先噴油，在噴油消毒完後還要將油清除，這要花很多的時間，因此我們幾乎可以去判斷，只要醫師能夠將高速手機的滅菌做的非常好，其他部分的滅菌並不困難；所以至少發展到現在，我們讓民眾可以說這個院所以沒有做高溫高壓滅菌，我們只要看包裝袋上面來辨識，我們幾乎可說，如果你的醫師使用的高速手機、洗牙機頭他們的包裝袋看起來是好的，那民眾也就安心了。我覺得署如果能做到在這方面，也對民眾有交代，花了 5 億到底看到什麼東西？

#### 主席

花了 12 億。

#### 翁德育代表

花了 12 億是我們可以讓民眾感受到剛剛老師講的很對，就是健保給民眾的一個承諾，你來看牙科，我們花了健保一年花了 12 億，給大家一個安全的就醫環境，我們也可以讓民眾可以很清楚的辨識院所到底有沒有做到，但我在講這個之前還是要懇請健保署留給我們一些時間，我們去講一些數字，其實大家知道我們今年查核合格率不好，表示很多院所沒有做好，我們現在(訂的不合格率)是 10%，不是 5%，看起來潛在沒有做的是 15%，大概是 1,000 家，現在要怎麼辦?其實也要花時間去輔導，其實我在這邊也講得很清楚，只要院所同意，我們一定做一對一的輔導，我們的審查醫師剛好也可以作為輔導的種子醫師，要有一段時間把我們的種子醫師去訓練好，之後再去輔導，只要我們的院所願意，我們的審查醫師就一家一家的去輔導，告訴他們怎麼做，因為去輔導的醫師將來也是去訪視的醫師，所以他們也知道每個注意事項跟關鍵點，這樣應該是讓所有的殺傷到最小的，以上就是我們要這樣子做。所以如果大家對我們的做法覺得有可信度，那就是審核額度的時候，拜託大家一下，以上。

**主席**

請干委員。

**干文男代表**

剛才鄭教授所講的，跟你剛剛所講的 SOP 的方法，但是呈現到最後，到底有沒有高溫殺菌還是無法辨識，您剛剛說有沒有變色?我不清楚(宣導如何辨識)這個錢是誰要花，拍個短片來教導民眾如何辨識，什麼樣叫做有變色。讓老百姓直接來監督，讓民眾會去看(滅菌指示帶)有變色，就是(滅菌)有效，提高了感染管制(成效)，也讓人知道要花這個預算是有成效的；如果沒有教導老百姓，健保署說一人一機也沒有辦法達到，只有全民監督，才可以做到這點，我也不知道，短片在媒體播放教導民眾之後，接下來就是全民一起監督，這樣比較容易落實。以上是我的想法，但是我不清楚辦理上面方案的預算由誰支應，謝謝。

**主席**

好，CDC 是感控的專家，請他們指導一下。

**疾病管制署 徐士敏護理師**

在牙醫院所感染管制 SOP 作業細則中，對於高速手機的滅菌流程已經有規範這樣的作法，目前牙全會要推動讓牙醫院所全面把使用過後的高速手機落實滅菌作業我們是樂見其成的。有關滅菌確效的方式，在牙醫院所感染管制 SOP 細則裡也已有說明，所以，如何確實落實，還是最主要的關鍵，如同剛剛鄭教授所講的，如何以量化的方式去呈現結果跟落實執行，還是最重要的因素。

**主席**

好的，我們請藥師公會的代表。

**邱建強代表**

其實大家都很尊敬醫界的意見，他們一直想把這件事做好。站在民眾的角度，

很多東西是專業的，站在民眾的要求很簡單就是有知的權利，所以我是建議有做這樣動作的醫生他都有義務一定要先告知每個患者，至於做到什麼程度，我覺得那個後續再去講，但就是進來做申報沒有做到的，要做治療之前一定要做到告知的義務，民眾才會提高警覺去做後續，那後續牽扯到很多專業的部分去查詢，所以第一先求告知，讓醫生去宣導去做這個事情，至於後續怎麼做好，標準是什麼，後續再去發展跟設計，以上。

**主席**

好，謝謝，請主委。

**許世明代表**

非常感謝很多委員給我們的建議，基本上我們都同意接受，至於怎麼讓民眾辨識，包括剛剛委員所講的要拍影片，或是要做海報，或是將資料放在 APP 網站等等，我們後續回去會再研議去做，但事實上是否有真的確實去落實，還是要靠查核，沒辦法光靠某些方法就可以知道有沒有落實，查核方式的部分，我想我們還是要研議去做。

**林敏華代表**

我不知道全聯會這邊可否做到，可不可以將覆核的牙醫師的名單在網站上面做公告，這樣可以嗎？因為剛剛說有些牙醫師沒有辦法做到，假設目前會裡面這邊可以有 OK 的名單。

**許世明代表**

這邊可能要看(健保)署這邊(是否可行)，因為署這邊在很早以前曾經有考慮把感管的項目放在品質指標全面揭露的項目內，但目前是沒有，如果這個部分委員有這樣的建議的話，我們回去會慎重考慮，其實這也是好的事情，但是當初我們擔心的原因，院所以他們有標示感管不合格的話，因為這樣的因素造成到時候醫病關係、或是訴訟、或是醫療爭議上，可能會造成比較大的困擾，但是如果大家同意，也有共識的話，可以考慮放在院所的揭露指標裡面。

**主席**

我們會把這件事情很嚴肅地看待，也是因為牙醫在感控的信用欠佳，因為我們曾經在去年、前年都針對感控的議題在會議上多次的討論交流，確實過去跟現在的標準差距很多，現在又有新的 advice。因為過去的信用並不好，而現在突然之間卻很有信心的說會做到百分之百，當然讓人存疑，因此才會請公會能夠提出如何執行感控作業達到百分之百的方法，而且要 write down 寫下來，並將推動方案提報給本署，因為今天尚未提出。

今天都在討論如何增加收入點值，但增加的部分是希望民眾就醫能夠得到更安全的價值，這才是重要的。談錢，大錢都已經談完了，只是要討論如何來落實，現在是你們真的能夠做到，本署將點值調高；所以現在的狀況是 open discussion，很多委員及代表都提出建議，包括醫師是否第一時間就要告知病人，這是否為 SOP 的一環，還有如何讓病人可以簡單辨識，因為辨識也是

另一個方法，既然病人無法看到全程，但有沒有辦法第一時間讓醫生可以向民眾說明如何消毒，讓民眾看見所提供的器械是現場拆包的，也教育民眾因為滅菌指示帶變色表示有經過消毒，是安全的，如果牙醫師都敢這樣向民眾說明，我相信病人的信心會完全不一樣，他會非常信任醫師；但至於醫師敢這樣說，但其實背後根本沒有做高溫高壓滅菌消毒，當然就得依靠查核的作業，我相信我們有高水準的牙醫師，敢講一定都是有做到的。

我覺得要提出一個落實感控達到百分之百的策略方案，一定要在下次臨時會提出來，這是第一點。第二點，因為現在距離明年1月1日假定我們照這個時序的話，當然希望明年就能生效，越早生效越好，因為預算的編列是如此，但這段時間也所剩不多，是否目前大家都已經準備好了？明年此支付標準生效提高之後立刻便能落實。

剛剛林醫師也有提到，是否仍要維持一般診察費 230 點一段時間，這表示信心仍然不足，不可能全部明年1月1日都做到，所以這段過渡時間要持續多久？此部分今天也沒有提出，只是先將此部分擱置，看看那家院所申報，但申報 230 點的院所你也沒有能力做全面性的清查，因為近幾年每年查核率皆約 4%，這樣的查核率都還有院所有不合格的情形，那未被檢查的部分就更難得知不合格率，這才是過去信用不佳的結果，所以，下次臨時會請務必把今天大家所提出的建議，從民眾端、從醫界承諾要完成的部分研擬出來，成為一個推動方案，這點理事長能夠完成嗎？請下次臨時會 12 月 10 日務必要提出來。

### **王棟源代表**

我們 12 月 4 日會在臨時委員會提出此案。

### **主席**

好，表示下次一定提出，還是接下來我們要把這討論案確認，還是要下次臨時會再討論，要討論的是身障的診察費是否要一起進來，因為如果今天留下這個伏筆，對我們來說也是一個沒有信心的感覺，這可能又成為明年爭取預算的一個問題，這個 topic 已經結束了，專款不可能用在此目的上，所以應該要全面執行，還有如果現在要敘明預留時間的長短，這些都要列入會議的決議中；另外，要有足夠的誘因，假若執行能換來全面感控的品質提升，其實總額都已經核定了，沒有必要有多餘的爭執，因為金額的部分都已經談完核定了，無此必要。所以必須是一次到位，沒有下次了，而且如果沒有做到，還必須要等比例扣款，你們是否要回去趕快再研究一下，真的要調到這麼高嗎？

### **許世明代表**

身障的部分，我們去年第一次到健保會報告的時候好像有提到這個部分，後來為何沒有再提出來？因為初步的費用估計是 6,000 萬，整個金費當初在健保協商的部分，真的是不希望我們提出來方案有超過的部分，所以身障的部分本年度我們才沒有再提出。

**主席**

可是在協商的時候，此項並沒有成為但書？所以還是納進感控的預算中，就是一次感控預算，從來沒有聽到那些項目有列入，哪些項目排除，總額協商本來就是要協商，結果很難預期，但是這是最後協商的結果，所以需要調整的就要同時調整，不然到時候身障醫師說因為費用沒有調整，所以不要要求我做感控。其實特定身障的診察費都是用來服務弱勢族群，本來就應該執行，我相信在座的各位醫師服務特定身障的個案一定都會做到，但其他服務身障個案的醫師呢？

**醫務管理組 王玲玲科長**

當初估計所有的金額約 6,000 萬，含身心障礙醫療服務、先天性唇顎裂及顱顏畸形到院醫療團、到宅牙醫醫療服務等等，當初的估算是 627 百萬，而我們只估計到宅牙醫計畫，也就是服務身障者的部分；估計是 0.06 億，就是 4 項特定身障者診察費。

**主席**

因為要全部都考慮進去，也可以說目前身障部分的診察費點數較高，其他較少，但此議題便是這次要一併解決，不可能再下次還可以再爭取。因為金額差距很大，請回去再確認一下資料，所以今天金額的部分要如何調整，今天便暫保留，下次臨時會審視提出來的方案後，我們再來繼續討論。

**王棟源代表**

好。

**主席**

所以我們就是最後留下感控的部分，麻煩下次會議能夠提出確保感控的方案，也一併將金額多寡釐清後，再看看如何在有限的金額內如何調整。請中區的同仁發言。

**中區業務組 林淑惠**

請各位看討論 2-1 頁、說明三，修訂文字內容(三)91103C、91104C，現在新增與 91003C、91004C 申報之限制，是否 91005C(口乾症牙結石清除-全口)也應增列申報限制？就是 91005C 的申報也限制其 90 天內不能再申報 91003C、91004C。

**主席**

玲玲可以麻煩查一下，我們中區的同仁淑惠詢問？

**中區業務組 林淑惠**

我們最近分析時曾發現，院所在申報 91005C(口乾症牙結石清除)後，有期限(90 日)內再申報 91004C(全口牙結石清除)的情形。

**主席**

好的，麻煩淑惠在會後跟支付標準科確認。剛剛主委這邊是說 OK，就把它(91005C)加進去(限制申報)。今天會議就到這邊，謝謝大家。